

Análise Crítica da Evidência

Eduardo Brazete Cruz*; Madalena Gomes da Silva**

* ecruz@ess.ips.pt

** msilva@ess.ips.pt

Introdução

No artigo anterior foi apresentada a definição de Prática Baseada na Evidência como a utilização da melhor evidência conhecida, depois de avaliada, explícita, rigorosa e consciosamente, na tomada de decisões acerca dos cuidados a prestar a cada utente individualmente, integrando a "expertise" clínica individual e os valores do utente com a melhor evidência clínica disponível, obtida de forma sistemática (BURY *et al.*, 1998; SACKETT *et al.* 2000).

Na garantia de desenvolver uma prática clínica efectiva é necessário desenvolver um conjunto de competências das quais se destaca a análise crítica da evidência. O objectivo deste artigo é informar os profissionais de saúde acerca dos objectivos do processo de análise crítica e da forma como esta pode ajudar a manter uma prática clínica informada e realizada na procura da excelência nos cuidados prestados.

Este é o segundo de um conjunto de artigos que irão abordar temáticas relacionadas com a prática baseada na evidência, nomeadamente, as normas de orientação clínica, e finalmente os resultados em Fisioterapia e os instrumentos de medida que lhe estão associados. A perspectiva da análise crítica aqui apresentada está centrada na evidência que tem impacto clínico. Assim, o artigo está estruturado em duas partes, a primeira aborda os aspectos conceptuais da análise crítica e a segunda que ilustra o processo de análise crítica.

A análise crítica ajuda o leitor a:

- x Decidir quão confiável é o estudo que está a ler (validade)
- x Determinar o que o estudo nos diz (resultados)
- x Analisar a utilidade da investigação (relevância)

A análise crítica pode igualmente apresentar algumas desvantagens:

- x Inicialmente consome muito tempo, mas que tende a ser progressivamente menor, uma vez que passa a ser a forma automática de lermos a evidência.
- x Nem sempre fornece a resposta desejada, ou seja o leitor pode por vezes verificar que a sua intervenção favorita não é a mais efectiva.
- x Pode ser desencorajadora, uma vez que nalgumas áreas existe ainda grande falta de evidência sistemática.

* Professor Adjunto da
ESS-IPS

** Professora
Coordenadora ESS-IPS

O que é a análise crítica da Literatura?

A análise crítica é a avaliação da evidência através da revisão sistemática da sua relevância, validade e resultados em situações específicas (CHAMBERS *et al* 2004). Neste sentido, a análise crítica é uma componente essencial da prática baseada na evidência que inclui o processo sistemático de pesquisar, analisar e actuar sobre a evidência acerca da efectividade da prática clínica.

A análise crítica de um dado estudo publicado numa revista é diferente da sua leitura simples. Mais especificamente, pretende facilitar o nosso entendimento sobre a validade da informação que estamos a ler, e avaliar qual a sua utilidade para a nossa prática clínica ou hipoteticamente, a sua utilidade para um problema que pretendemos investigar em mais pormenor. A análise crítica de um artigo científico consiste assim, num julgamento sobre o valor global do estudo apresentado.

O processo de análise crítica é, actualmente, considerado uma competência chave nos profissionais de saúde, em grande parte devido a quatro principais razões (GRIMMER *et al*, 2004):

1. A responsabilidade profissional de garantir que, em cada momento, se está a prestar a melhor prática considerando a evidência disponível, exige a avaliação sistemática da investigação realizada, de forma a julgar quais os resultados que podem ser aplicados à prática clínica.
2. A necessidade de uma leitura efectiva, fazendo com que rapidamente se excluam artigos sem qualidade para informar as decisões da prática clínica. Permite igualmente que se avalie sistematicamente os que tem boa qualidade de forma a extrair os aspectos mais salientes.
3. A elevadíssima sobrecarga de informação actualmente existente (existem cerca de 20,000 revistas na área biomédica em todo o mundo que publicam cerca de 6 milhões de artigos por ano), a par do facto de muita desta informação ter pouca relevância e utilidade na prática clínica diária e por consequência a informação necessária para garantir cuidados de elevada qualidade, obriga à utilização de critérios de pesquisa e análise adequados e rentáveis.
4. O facto de nem toda a investigação publicada ser confiável, ou seja, mesmo quando o artigo está publicado numa revista com revisão por pares que sugere alguma credibilidade ao que é escrito, tal não garante a aplicabilidade dos resultados.

Qual o processo para realizar uma Análise Crítica da Evidência?

O processo de análise crítica da evidência centrada na aplicabilidade clínica assenta em quatro passos principais (Figura 1). A formulação de questões clínicas, a definição de uma estratégia adequada de pesquisa, a selecção e análise crítica da evidência e a implementação da evidência caso se justifique.

O desenvolvimento de competências para analisar criticamente a evidência exige o domínio do conhecimento e compreensão de um conjunto de conceitos e aspectos, nomeadamente:

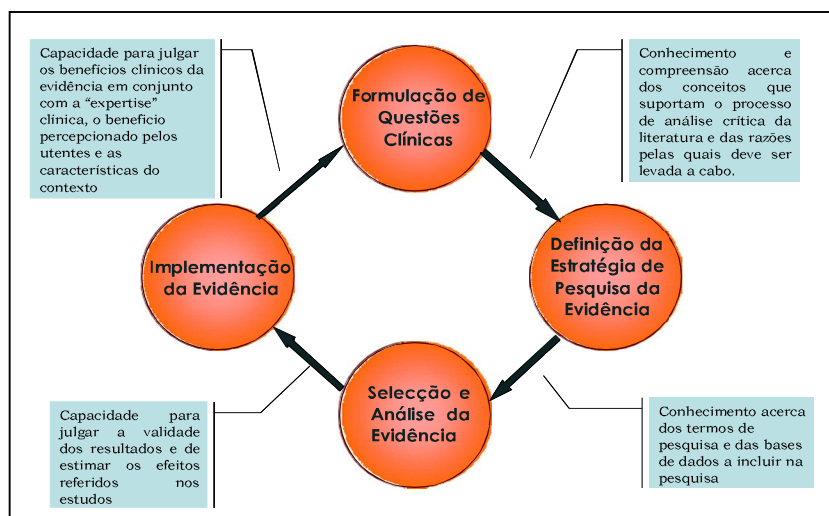


Figura 1 - Processo de Análise Crítica da Evidência

- O reconhecimento de existência de diferentes categorias de questões cuja investigação informa diferentes áreas de conhecimento clínico (exemplos: questões de tratamento, de diagnóstico, prognóstico, etiologia, prevenção, entre outras).

- A capacidade de formular questões clínicas orientadoras de uma pesquisa adequada à respectiva área de conhecimento clínico (exemplo: a formulação de uma questão clínica de tratamento tem componentes diferentes de

uma questão de prognóstico e exige termos diferentes de pesquisa).

- O conhecimento acerca do tipo de estudo que garante melhor evidência para a questão formulada (uma questão de diagnóstico exige estudos diferentes que garantem a melhor força da evidência quando comparados com os estudos de tratamento) (HERBERT *et al.* 2001).
- O conhecimento acerca das diferentes bases de dados e fontes da evidência (exemplo: existem bases de dados cujo conteúdo está apenas centrado em estudos secundários-revisões sistemáticas, como seja a *Cochrane Collaboration*).
- A capacidade de seleccionar o instrumento de análise crítica adequado à questão formulada (exemplo: existem instrumentos de análise crítica construídos para avaliar a qualidade e credibilidade de estudos de prognóstico, diagnóstico, etiologia, tratamento, etc.) (GUYATT *et al.* 1994).
- O conhecimento acerca das diferentes possibilidades de viés de um relatório de investigação, nomeadamente, o viés na construção da amostra, na recolha dos dados, na aplicação da intervenção, na análise dos dados, entre outros. (GREENHALGH, 1997).
- O conhecimento acerca da forma de estimar os resultados (exemplo: o valor p apenas informa que há um efeito, se for inferior a 0.05, não informa qual a magnitude desse efeito e se é ou não clinicamente benéfico para os utentes). A magnitude ou tamanho do efeito é a estimativa usada para determinar se um dado tratamento tem um efeito suficientemente importante para que seja benéfico utilizá-lo na clínica (HERBERT, 2000a).

- O reconhecimento da necessidade de definir “o efeito clinicamente benéfico para os resultados de uma dada intervenção”, articulando a evidência com a “expertise” profissional e o benefício percebido pelos utentes.
- O conhecimento acerca das medidas de risco adequadas para julgar o risco-benefício da aplicação de determinados procedimentos técnicos e o seu impacto na saúde dos utentes/ populações (HERBERT, 2000b).
- O conhecimento e compreensão acerca das diferentes formas de facilitar a mudança e das dimensões em que esta deve ocorrer, nomeadamente na adequabilidade e qualidade da evidência produzida, nas características do contexto e na participação de elementos facilitadores da mudança.

O desenvolvimento de cada um destes aspectos ultrapassa o objectivo deste artigo, o qual apenas pretende expor o processo de análise crítica no pressuposto que ela é feita com o domínio dos aspectos focados. Depois de considerar os aspectos relacionados com o conhecimento e compreensão dos conceitos que suportam a análise crítica da evidência e a razão porque esta deve ser levada a cabo, passamos à ilustração do processo.

Passo 1 - A formulação de Questões Clínicas orientadoras da Pesquisa da Evidência

A Prática Baseada na Evidência começa e termina no utente. Definir uma questão clínica em termos do problema específico do utente/ população ajuda na pesquisa de evidência clinicamente relevante. O desafio para todos é identificar questões centradas no utente (originárias de problemas clínicos) e centradas na aprendizagem (dirigidas às necessidades de aprendizagem de cada um de nós).

Sempre que estamos com um utente necessitamos de nova informação acerca de elementos de diagnóstico, prognóstico ou intervenção. Uma vez que o nosso tempo para procurar essa nova informação é limitado, é preciso que sejamos eficientes na nossa pesquisa. Para adquirir esta eficiência é fundamental que melhorem as nossas competências acerca da forma de formular questões clínicas.

Considere a título de exemplo o seguinte cenário clínico:



Recebeu uma utente de 65 anos com o diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). A utente diz-lhe que os seus principais problemas são “falta de ar”, fadiga e uma sensação de fraqueza geral. A utente sente que a sua qualidade de vida tem vindo a piorar uma vez que se sente demasiado cansada para sair de casa e visitar os seus amigos e família. Tem um amigo que entrou num programa de exercícios num Hospital e gostaria de saber se este tipo de programa a iria ajudar.

Figura 2 - Cenário Clínico

O cenário apresentado deve, em primeiro lugar, ser reorganizado de forma a elaborar uma questão clínica facilitadora de uma pesquisa efectiva. Assim, deve considerar os seguintes aspectos:

- Qual o tipo de utente, população ou problemas?
- Qual o tipo de intervenção (factores de prognóstico ou exposição) que é considerada?
- Qual é a principal alternativa para comparar com a intervenção?
- Qual o resultado que pretende alcançar, medir, melhorar ou influenciar?
- Qual a natureza/tipo de questão está a perguntar? (Diagnóstico, Etiologia, Tratamento, Prognóstico, Prevenção, etc.).
- Que tipo de estudo quer encontrar? Qual será a metodologia/ desenho metodológico que proporciona maior força de evidência para a natureza da questão formulada?

Relativamente ao exemplo apresentado a resposta às questões colocadas seria:

Utente ou Problema	Intervenção	Comparação da Intervenção	Resultados
65 anos com o diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	Programa de exercícios	Placebo	Dispneia- Fadiga Sensação de fraqueza geral Qualidade de Vida

Quadro 1 - Componentes da Questão Clínica

Em síntese a questão formulada seria:

Numa utente com DPOC, um programa de reabilitação pulmonar melhora a força, "endurance" e a qualidade de vida?

Relativamente à natureza da questão, esta é uma questão de tratamento, uma vez que se procura saber se um programa de reabilitação pulmonar é efectivo na melhoria dos aspectos referidos.

Para este tipo de questão o desenho metodológico que proporciona maior força da evidência são os estudos experimentais (*Randomized Controlled Trials*- RCTs, ou *Controlled Clinical Trials*- CCTs) ou ainda as Revisões Sistemáticas de RCTs.

Com a questão clínica orientadora da pesquisa formulada, com a definição da área clínica a pesquisar (tratamento) e do tipo de desenho metodológico a incluir, passaríamos ao Passo 2.

Passo 2- A definição de uma Estratégia de Pesquisa

A literatura na área da saúde é imensa, mas apenas uma pequena parte é útil para responder a questões clínicas. Reconhecer que a literatura produz relatórios a diferentes níveis de evidência ajuda quem pesquisa a seleccionar “a evidência com mais força” para um determinado tipo de questão. Elevados níveis de evidência não existem para todas as questões clínicas devido à natureza dos problemas e da investigação e também às limitações éticas.

Com o volume de informação actualmente existente, realizar uma pesquisa sem planeamento prévio e sem estratégias adequadas pode fazer com que se perca demasiado tempo sem que, muitas vezes, consiga alcançar os resultados pretendidos. O mais provável é que se veja rodeado de centenas ou milhares de referências de “abstrats” ou artigos, os quais terá que ler parcial ou na totalidade para decidir se são do seu interesse.

Aqui são apresentadas algumas sugestões que o podem ajudar a ser mais preciso e eficiente na sua pesquisa.

- **Defina uma estratégia de Pesquisa**

Antes de iniciar uma pesquisa na Internet ou na Biblioteca defina claramente o que procura. Se procura evidência com aplicabilidade clínica utilize a estratégia referida no Passo 1 para formular a questão clínica que orientará a sua pesquisa.

- **Defina as palavras a utilizar na pesquisa**

Seja cuidadoso nos termos que selecciona para a sua pesquisa, incluindo o assunto, o tipo de problema e o tipo de estudo, os seus critérios de inclusão (ex. género, idade, ano de publicação, língua) e os termos irrelevantes que pretende excluir da sua pesquisa. Reveja as palavras-chave utilizadas em artigos de referência, utilize termos acerca da metodologia/ tipo de estudo mais adequado ao tipo de pesquisa que pretende realizar, e utilize filtros de pesquisa.

- **Defina os Locais de Pesquisa**

Selecione as fontes de informação, ou seja, onde planeia realizar a sua pesquisa. Sobre este aspecto deverá considerar se pretende seleccionar estudos primários (exemplo: *Coortes*, estudo de caso- controlo, estudos experimentais) ou estudos secundários (exemplo: revisões sistemáticas e meta-análises). Tenha em consideração que algumas bases de dados apenas possuem informação relativa a estudos secundários. Relativamente aos locais de pesquisa, sugere-se a leitura dos seguintes artigos que constituem uma boa ajuda acerca dos locais onde poderá encontrar informação acerca da sua questão clínica (SHERRINGTON *et al.* 2000; MAHER *et al.* 2001; WALKER-DILKS, 2001).

Existem também múltiplos endereços onde pode aceder a informação relacionada com a Prática Baseada na Evidência. A título de exemplo são apresentados alguns endereços no Apêndice 1.

No exemplo referido anteriormente poderia usar os termos de pesquisa 'pulmonary rehabilitation' and 'chronic obstructive airways disease', e começar por realizar a pesquisa na Pubmed, e seleccionar o artigo, LACASSE, Y. *et al.* Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*; Vol. 348, 1996, p.1115-9.

Selecione pela aplicabilidade

Verifique nos resultados da sua pesquisa qual o estudo que tem maior potencial de aplicabilidade, considerando a força da evidência, a sua "expertise" profissional, a percepção do utente e os factores contextuais (características do local de trabalho, características da intervenção, dos utentes, etc.).

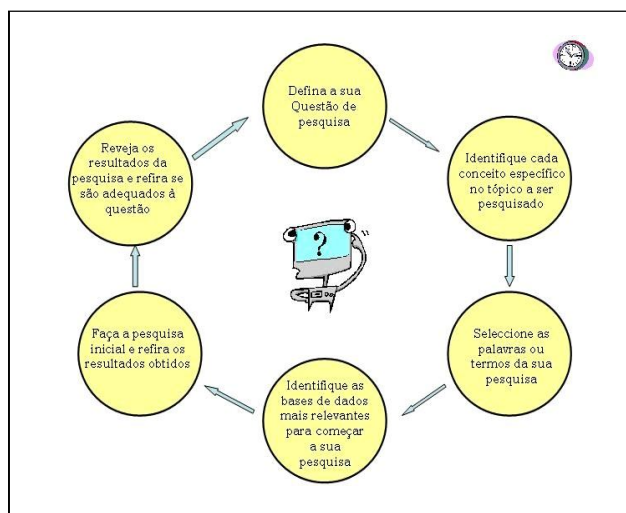


Figura 3 - Planeamento de ma estratégia de pesquisa

Passo 3- A análise Crítica da Evidência

O processo de análise crítica dirigido a avaliação da aplicabilidade da evidência na prática clínica engloba duas principais etapas, o denominado processo de triagem e a análise detalhada do artigo seleccionado.

Apesar das questões de **maior detalhe estarem relacionadas com o tipo de estudo** que se está a analisar, existe três aspectos básicos que são transversais aos diferentes estudos, nomeadamente:

1. A Validade: Os resultados do estudo são válidos? As conclusões estão justificadas pela descrição da metodologia e dos resultados?
2. A Mensagem: Quais são os resultados?
3. A Utilidade: Como é que os resultados me vão ajudar a trabalhar com os meus utentes? Posso generalizar os resultados para os meus utentes? Os meus utentes são similares aos que participaram no estudo de forma a permitir-me extrapolar os resultados do estudo?

O modelo abaixo apresentado aplica-se a estudos originais que utilizam metodologias quantitativas. As 10 questões apresentadas foram desenvolvidas para o ajudar a pensar acerca

dos aspectos referidos de uma forma sistemática. As primeiras 2 questões são questões de triagem e podem ser respondidas rapidamente.

O Processo de Triagem: Questões a Formular

1. O estudo diz respeito a um tópico específico?

Considere:

- O objectivo do trabalho ou a questão a ser investigada está claramente definida?
- Existe uma explicação clara da população a ser estudada (critérios de inclusão/exclusão)?
- Existe uma abordagem clara de que intervenções estão a ser comparadas?
- Existe uma descrição clara de quais os resultados que são medidos e porquê?

2. O estudo é um estudo experimental (*Randomized Controlled Trial*), e é adequado?

Considere:

- Porque é que o estudo foi desenvolvido como um RCT?
- Era a abordagem mais adequada à questão a ser respondida?

Se a resposta para ambas as questões for “sim”, vale a pena continuar a ler o artigo e considerar as questões seguintes.

Análise Detalhada

A análise detalhada tem por objectivo aprofundar a avaliação da qualidade e rigor do estudo seleccionado. Tal como foi referido anteriormente, procura-se aferir a validade, a importância e a aplicabilidade dos resultados. De seguida, é apresentado um conjunto de questões que ajudam a realizar essa análise.

Os resultados são válidos?

3. Os participantes no estudo foram distribuídos adequadamente pelo grupo de intervenção e pelo grupo de controlo?

A aleatorização dos participantes deve assegurar que as variáveis devem estar igualmente distribuídas entre os dois grupos. Todos os participantes devem ser similares em termos de idade, sexo, classe social, raça, tempo de permanência no hospital, etc. Se não o forem, as diferenças podem influenciar os resultados.

Considere:

- Como é que os participantes foram distribuídos pelo grupo de intervenção e de controlo. A escolha foi aleatória?
- Se o método de distribuição está descrito. Foi utilizado algum método para equilibrar a aleatorização (ex. estratificação)?

- Como é que foi organizado o processo de aleatorização e como é que os participantes foram distribuídos pelos grupos?
- Se os grupos são equilibrados, existe alguma descrição de possíveis diferenças entre os grupos no início do estudo? Se existem essas diferenças, qual é a sua influência nos resultados?
- Considere ainda se os aspectos éticos foram respeitados. Os autores devem explicar como é que lidaram com o consentimento informado, confidencialidade, anonimato, factores de risco, ou com os utentes que não aceitaram participar.

4. Os participantes e os investigadores foram “cegos” relativamente aos participantes do grupo de intervenção?

Ser “cego” significa não estar a par de qual grupo se faz parte. Se os utentes sabem que fazem parte do grupo de intervenção, isso pode influenciar o que dizem acerca do seu estado de saúde. Sempre que possível, os investigadores e os profissionais de saúde devem igualmente ser “cegos”. Considere o facto de “ser” cego nem sempre ser possível, Verifique se todos os esforços foram feitos para garantir que os intervenientes fossem “cegos”, e considere ainda se pensa que isso interessa para o estudo.

5. Todos os participantes incluídos foram considerados nas conclusões do estudo?

Considere:

- Se para cada intervenção no grupo de participantes existiu um grupo de controlo ou vice-versa
- Se todos os participantes foram seguidos em cada grupo do estudo (existiu perda no - *follow-up*?)
- Se os resultados de todos os participantes foram analisados no seio do grupo onde foram inicialmente distribuídos. Que informação adicional gostaria de ter lido para ficar mais seguro acerca deste item?

Em qualquer estudo é inevitável que alguns dos participantes saiam do estudo (morte, mudança de área de residência ou outras circunstâncias). Se o estudo não discute os resultados, considerando todos os utentes que nele participaram, os resultados podem ter viés. Como regra empírica, se mais do que 15% dos participantes desistem, os resultados ficam altamente comprometidos e podem ser inválidos. Idealmente, a análise estatística (*intention to treat analysis*¹ deve ser efectuada considerando todos os participantes (*mesmo quando alguns não completaram o follow-up*) nos grupos em que foram distribuídos.

6. Os participantes de ambos os grupos foram acompanhados, e os dados foram recolhidos da mesma maneira?

Quantas pessoas aplicaram a intervenção? Se foi mais do que uma, a intervenção deve ser estandardizada de alguma forma. Como é que o grupo de controlo foi tratado? Todos os participantes devem ser tratados de igual forma para evitar o viés.

Verifique, por exemplo, se foram avaliados com o mesmo tempo de intervalo e se receberam o mesmo tipo de atenção por parte do investigador e dos profissionais de saúde. Quaisquer diferenças podem introduzir um viés no desempenho.

¹ Um método de análise dos estudos aleatórios no qual os utentes que foram distribuídos aleatoriamente são analisados em conjunto, independentemente de terem completado ou recebido a totalidade da intervenção, de forma a preservar a aleatorização.

Os resultados são importantes?

7. O estudo tem suficiente número de participantes que garante que o factor sorte ou acaso está minimizado?

Considere:

- Se existe o cálculo da potência da amostra. Isto estima quantos participantes são necessários para assegurar de forma razoável que os resultados têm um significado importante (se um dado efeito realmente existe e para que grau de incerteza).

8. Como é que os resultados estão apresentados e qual é o resultado principal?

Os resultados devem responder às questões em investigação. Cada medida de resultados deve ser analisada e os seus resultados apresentados com comparações entre grupos.

Considere:

- Se os dados são apresentados e justificados de forma clara? Todas as medidas de resultados devem ser referenciadas e a sua validade revista. Se os dados são de auto-preenchimento por parte do utente, devem ser verificados de alguma forma para garantir a máxima credibilidade.
- Se o grau de importância da dimensão dos resultados e se são significativos
- Como é que sintetizava os resultados obtidos pela intervenção em estudo numa frase com aplicabilidade clínica?

9. Quão significativos e precisos são os resultados?

A significância das diferenças entre grupos deve ser discutida, com os valores de p dados para indicar a significância estatística (<0.05 é o limiar comum para a significância). Os intervalos de confiança devem ser apresentados para demonstrar o grau de precisão dos resultados.

Considere:

- Se os resultados são suficientemente precisos para tomar uma decisão
- Se o intervalo de confiança é referido. A sua decisão de adoptar ou não esta intervenção será a mesma no limite superior ou no limite inferior do intervalo de confiança?

Como é que os resultados me vão ajudar a trabalhar com os meus utentes?

10. Todos os "outcomes" importantes foram considerados de forma a tornar possível que os resultados sejam aplicados?

Considere:

- Se os participantes no estudo podem ser diferentes dos seus utentes de forma a poderem produzir resultados diferentes, ou se o seu local de trabalho difere muito do referido no estudo.
- Se pode utilizar o mesmo tratamento no seu local de trabalho e se possui as competências necessárias para implementar a intervenção ou necessita de formação adicional?
- Se a investigação cobriu os resultados mais importantes para os utentes/ população? Se os resultados chave foram sobrevalorizados, é necessário mais evidência antes de modificar a sua prática?
- Se os resultados do estudo do ponto de vista, individual, dos decisores políticos e profissionais, dos família/cuidadores e da comunidade em geral.
- Se os benefícios compensam possíveis riscos e/ ou custos. Se a informação não é fornecida, pode ser subentendida?
- Se a orientação política ou a prática deve mudar como resultado da evidência referida neste estudo.

Terminado o processo de análise crítica da evidência seleccionada, deverá ter encontrado uma resposta à questão clínica inicialmente formulada. No final deverá conseguir produzir uma afirmação sobre o risco ou o benefício provável de uma determinada intervenção, que um indivíduo (utente) pode esperar. No exemplo apresentado, os resultados da meta-análise permitem afirmar que a Reabilitação Respiratória, que inclua no mínimo 4 semanas de treino de exercício, alivia a dispneia e melhora o controlo sobre a DPOC (LACASSE, Y. *et al.* 1996).

No pressuposto que o processo de análise crítica culminou num resultado satisfatório, isso significa que deverá equacionar a implementação da evidência na sua prática clínica.

Passo 4- A implementação da Evidência

O julgamento acerca da implementação da evidência deverá, em primeiro lugar, considerar a sua utilidade e aplicabilidade de acordo com as considerações referidas na questão 10 do passo anterior. Relativamente à utilidade, ela deverá ser equacionada, considerando os custos e benefícios para o utente, para o profissional de saúde e para os serviços.

A análise do custo- benefício deve considerar o benefício clínico da intervenção. Assim, a determinação do efeito mínimo a partir do qual se considera que uma dada intervenção resulta num benefício percebido e clinicamente aceitável é o resultado dos dados objectivos fornecidos pela evidência produzida, articulados com os dados subjectivos que advém

da percepção do custo- benefício da intervenção por parte dos utentes e profissionais de saúde (Figura 4).

Quanto à aplicabilidade e ao sucesso da implementação da evidência, esta está dependente de um conjunto de factores, que podemos agrupar em factores inerentes à evidência, ao contexto, e às características individuais dos profissionais de saúde que operam nesse contexto.

Assim, e relativamente à evidência, é importante que o(s) estudo(s) analisado(s) demonstrem elevada força da evidência, mas é, igualmente, importante que tenham relevância clínica, que incluam utentes com características similares aos da prática clínica e que reflectam a intervenção clínica utilizada. Neste aspecto são apontados como

principais obstáculos à implementação da evidência, o facto da investigação realizada assentar em critérios de diagnóstico diferentes daqueles que são utilizados na prática clínica (o que tem implicação directa nos critérios de inclusão para a amostra), e em intervenções que na sua natureza são diferentes daquelas que ocorrem na realidade clínica (exemplo: o estudo da efectividade da intervenção baseada em monoterapias *versus* multi-terapias).

No que diz respeito ao factores do contexto, alguns exemplos do que poderá ser um ambiente favorável ou desfavorável à implementação da evidência são a cultura organizacional, a capacidade de liderança e a utilização de formas de avaliação da qualidade e efectividade do serviço prestado. Uma cultura organizacional centrada no desempenho da tarefa, pouco motivadora, com pouco espaço para o desenvolvimento individual, sem actividades de formação contínua, e com pouca liderança é considerada um ambiente que dificulta a mudança (KITSON *et al.* 1998).

Quanto às características individuais, o sucesso da implementação está essencialmente dependente dos profissionais com mais experiência e dos "experts" na área, (VAN TULDER, *et al.*, 2002). Para que estes possam ser considerados facilitadores da implementação da mudança é necessário que desempenhem um papel que promova a disseminação da informação a par da identificação de necessidades de informação.

Com base nas dimensões referidas a literatura aponta um conjunto de estratégias facilitadoras da implementação da evidência. Assim, procure:

- Partilhar a informação com os seus colegas. Se encontrou algo que o fez pensar ou reflectir na sua prática, ou mesmo que o surpreendeu, ou que influenciou definitivamente a sua prática clínica, discuta os seus resultados com os seus colegas, partilhe com eles referências úteis que possa ter encontrado.

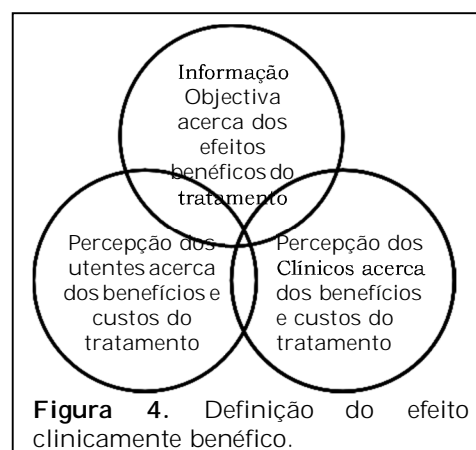


Figura 4. Definição do efeito clinicamente benéfico.

- Desenvolver uma prática centrada nos utentes. Inclua no seu modelo de prática o hábito de estabelecer em parceria com o utente, o efeito mínimo a partir do qual ambos consideram o efeito da intervenção como clinicamente benéfico.
- Desenvolver cenários clínicos a partir da sua prática diária e criar o hábito de formular questões clínicas orientadoras da pesquisa. Organize e partilhe as referências bibliográficas obtidas nas suas pesquisas, analise criticamente os resultados e discuta-os com os seus colegas.
- Discutir as normas de orientação clínica para as condições clínicas/ populações mais representativas do seu local de trabalho. Analise a sua prática e o seu contexto em termos dos factores positivos e dos aspectos a melhorar.
- Analisar as suas necessidades de formação contínua em função dos problemas levantados pelos utentes. Não se esqueça que pode contribuir com uma questão acerca de um problema específico, e aprender a lidar como ele. Pode, igualmente, ter-se apercebido que a sua abordagem ao problema era sub-ótima e que necessitava de actualização.

Conclusão

O processo de análise crítica apresentado foi desenvolvido considerando em particular, a utilidade e aplicabilidade clínica da evidência. Todo o processo parte de uma premissa base mas fundamental, a necessidade de questionar, de formular questões que tenham origem em problemas ou dilemas clínicos e que, ao mesmo tempo, resultem de necessidades de aprendizagem.

A implementação da evidência na prática clínica diária é talvez o passo mais difícil de conseguir. Este facto, largamente referido na literatura nas diferentes profissões de saúde, é explicado de diferentes formas, entre as quais o impacto da formação inicial (TURNER e WHITFIELD, 1999), a cultura da profissão, a pouca exigência do contexto (utente, instituições, governo), a falta de correspondência entre as condições em que é realizada a investigação e a realidade da prática clínica, a falta de relevância clínica de muita da investigação publicada, entre outras (GRIMMER *et al.* 2004).

Desenvolver, apoiar e manter uma prática baseada na evidência na prática da fisioterapia é parte fundamental da responsabilidade profissional dos fisioterapeutas, da sua associação profissional, dos serviços e das instituições de saúde (PADRÕES DE PRÁTICA DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FISIOTERAPEUTAS, 2002). Uma profissão de saúde que pretenda continuar a desenvolver a autonomia profissional na decisão clínica é fundamental que o seu exercício profissional se baseie no melhor conhecimento ou prática conhecidas e disponíveis, requerendo para isso que todos os profissionais sejam consumidores críticos da evidência.

Promover uma prática profissional baseada na intuição clínica, na experiência ou na tradição não é aceitável. Utilizar a evidência para melhorar os cuidados prestados e os serviços reflecte a ênfase colocado na governância clínica, no desenvolvimento profissional e na aprendizagem ao longo da vida.

Bibliografia

APF. *Padrões de Prática* (Adaptação do documento da Região Europeia da WCPT – Proposal of core Standard of Physical Therapy) Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, 2002. www.apfisiio.pt.

BURY, M. *Evidence-Based Healthcare*. Butterworth & Heinemann. Oxford, 1998.

CHAMBERS, R.; BOATH, E. e ROGERS, D. *Clinical effectiveness and clinical governance made easy*. Oxford; Radcliffe Medical Press, 2004.

HERBERT, R. How to estimate treatment effects from reports of clinical trials. I: Continuous outcomes. *Australian Journal of Physiotherapy*, Nº46, 2000, p. 229-235.

HERBERT, R. How to estimate treatment effects from reports of clinical trials. II: Dichotomous outcomes. *Australian Journal of Physiotherapy*, Nº46, 2000, p. 309-313.

HERBERT, R.; SHERRINGTON, C.; MAHER, C.; *et al.* Evidence-based practice-imperfect but necessary. *Physiotherapy Theory and Practice*, Nº17, 2001, p.201-211.

KITSON, A.; HARVEY, G.; MCCORMACK, B. Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality in Health Care*, Nº7, 1998, p.149-158.

GUYATT, G., SACKETT, D., COOK, D. Users' guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. *JAMA*; Nº271, Vol.1, 1994, p.59-63.

GREENHALGH, T. How to read a paper: getting your bearings (deciding what the paper is about). *British Medical Journal*, Nº315, 1997, p.243-246

GRIMMER, K.; BIALOCERKOWSKIA A.; KUMARA S.; *et al.* Implementing evidence in clinical practice: the 'therapies' dilemma. *Physiotherapy*, Nº 90, 2004, p.189-194

LACASSE, Y.; WONG, E.; GUYATT G.; *et al.* Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. Nº348, 1996, p.1115-9.

MAHER C.; MOSELEY, A.; SHERRINGTON, C. *et al.* Core journals of evidence-based physiotherapy practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, Nº17, 2001, p.143-151.

SACKETT, D.; RICHARDSON, W.; ROSENBERG, W., *et al.* *Evidence-based medicine: How to practice and teach ebm*. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 2000.

SHERRINGTON, C., HERBERT, R., MAHER C., *et al.* PEDro. A database of randomized trials and systematic reviews in physiotherapy. *Manual Therapy*, Nº5, Vol.4, 2000, p.223-226.

TURNER, P. e WHITFIELD, T. Physiotherapists' reasons for selection of treatment techniques: A cross-national survey. *Physiotherapy Theory and Practice*, Nº15, 1999, p.235-246.

VAN TULDER M.; CROFT, P.; VAN SPLUNTEREN, P.; *et al.* Disseminating and Implementing the Results of Back Pain Research in Primary Care, *SPINE* Vol. 27, Nº 5, 2002, p.E121-E127.

WALKER-DILKS, C. Searching the physiotherapy evidence-based literature. *Physiotherapy Theory and Practice*, Nº17, 2001, p.137-142.

Apêndice 1 - Endereços de Prática Baseada na Evidência

1. Audit, Clinical Governance & Evidence Based Medicine Resources	16. Evidence-Based Mental Health
2. Bandolier	17. Evidence-Based Nursing
3. Best BETS	18. Evidence-Based Pediatrics
4. Centre for Clinical Effectiveness	19. Evidence-Based Practice Centers
5. Centre for Evidence-Based Medicine	20. McMaster Health Information Research Unit
6. Centre for Evidence-Based Mental Health	21. National Library of Medicine's Health Services/Technology Assessment Text (HSTAT)
7. Centres for Health Evidence	22. Netting the Evidence
8. Clinical Assessment of the Reliability of the Examination	23. NHS Centre for Reviews and Dissemination
9. Clinical Decision Rules, The Samuel Bronfman Department of Medicine	24. Ovid EBM
10. Clinical Evidence	25. Physiotherapy Evidence Database (PEDro)
11. Clinical Examination Research Interest Group	26. PubMed
12. Clinical Resources, Clindx Update Listserv & Bibliography	27. Resources for Practicing Evidence-Based Medicine
13. Critique et Pratique	28. SumSearch (formerly SmartSearch)
14. EPIO (Effective Practice, Informatics & Quality Improvement)	29. The Toronto Western Hospital - University Health Network
15. Evidence-Based Medicine	30. Department of Family & Community Medicine

Onde encontrar informação adicional sobre Estratégias de Pesquisa

- x Search strategies to Identify Reviews and Meta-analyses in MEDLINE & CINAHL_
<http://www.york.ac.uk/inst/crd/search.htm>
 - x Evidence-Based Filters for Ovid MEDLINE -- Miner Library, University of Rochester_
<http://www.urmc.rochestser.edu/Miner/Educ/Expertsearch.html>
 - x for CINAHL_
<http://www.urmc.rochester.edu/Miner/Educ/EBNFILT.HTM>
 - x MEDLINE Search Strategies -- University of Alberta_
<http://www.med.ualberta.ca/ebm/ebm.htm>
 - x The Cochrane Collaboration website_
<http://www.cochrane.org/index0.htm>
-

Para futuros contactos

Eduardo Brazete Cruz - Email: ecruz@ess.ips.pt

Madalena Gomes da Silva - Email: msilva@ess.ips.pt

A ESS realiza cursos de formação contínua em Prática Baseada na Evidência em Fisioterapia. Para mais informações consultar o programa de Formação Contínua para 2005 na secção ESSNotícias, ou no Site www.ess.ips.pt.